

## Anmeldung Radiologie

### Patientendaten:

|                  |                   |
|------------------|-------------------|
| <b>Name</b>      | <b>Geschlecht</b> |
| <b>Vorname</b>   | <b>Zivilstand</b> |
| <b>Geb.Dat.</b>  | <b>Telefon</b>    |
| <b>Adresse</b>   | <b>E-Mail</b>     |
| <b>PLZ   Ort</b> | <b>AHV-Nr.</b>    |
| <b>Unfall</b>    | <b>Krankheit</b>  |

### Medizinische Angaben zum Patienten:

|                          |               |               |                  |
|--------------------------|---------------|---------------|------------------|
| <b>Schwanger</b>         | <b>JA</b>     | <b>NEIN</b>   | <b>Unbekannt</b> |
| <b>Kreatininwert</b>     | <b>µmol/L</b> | <b>Datum</b>  |                  |
| <b>Allergien</b>         |               |               |                  |
| <b>Gewicht</b>           |               | <b>Grösse</b> |                  |
| <b>Voruntersuchungen</b> |               |               |                  |

### Gewünschte Körperregion:

|           |            |                      |           |
|-----------|------------|----------------------|-----------|
| <b>CT</b> | <b>MRI</b> | <b>Konventionell</b> | <b>US</b> |
|-----------|------------|----------------------|-----------|

**Klinische Angaben**

**Fragestellung**

**Stempel | Praxisdaten | Unterschrift**

**SENDEN**